Nr 36. Kraków, 7. września 1918 Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 7. września 1918 Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr 15. w Krakowie.

Bąblowiec nerki.

Podał *)

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

Bąblowiec nerki należy do rzadkich spraw chorobowych, a jakkolwiek piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, jest dosyć obfite, budzą te przypadki zawsze żywe zainteresowanie. Powodem tego są przedewszystkiem trudności rozpoznawcze. Pewne rozpoznanie bąblowca nerki przed zabiegiem operacyjnym jest nieraz bardzo trudne. Trudność leży w tem, że bąblowiec mały lub średnich rozmiarów może nie dawać całkiem żadnych objawów klinicznych, albo też objawy są tak nieznaczne, że nie mogą stanowić podstawy do rozpoznania. Bąblowiec dużych rozmiarów, dostępny fizycznemu badaniu, ma cechy podobne do innych torbieli nerki lub nawet torbieli innych sąsiednich narządów. Pomijając trudności, jakie się nastręczają, ażeby powiedzieć, że stwierdzona torbiel należy do nerki, a nie n. p. do wątroby, śledziony, trzustki, sieci lub jajników, rozpoznanie bąblowca nerki jest tylko wtedy pewne, jeżeli z moczem wydzielane bywają pęcherze pochodne, a i w tym przypadku dopiero wówczas o bąblowcu nerki mówić można — jak to słusznie Wagner zauważa — jeżeli temu odchodzeniu pęcherzy towarzyszy typowa kolka nerkowa i gdy po ich odejściu wyczuwana torbiel nerki zmniejsza się. Ten objaw odchodzenia pęcherzy pochodnych z moczem spotyka się dosyć często, wedle różnych statystyk około 75%. Odchodzenie pęcherzy pochodnych może się odbyć raz jeden, lub też może się kilkakrotnie powtórzyć.

Pewnym sposobem rozpoznawania bąblowca nerki jest nacięcie torbieli lub nakłucie i wydobycie jej treści w celu zbadania drobnowidowego co do czerwiochów (scolices) lub pojedynczych haczyków. Te metody badania dozwolone są jednak tylko podczas zabiegu operacyjnego; przez powłoki brzuszne wykonane, nie są pozbawione niebezpieczeństwa i dlatego możnaby się uciec do nich tylko w bardzo korzystnych i wyjątkowych warunkach

Cystoskopia, w szczęśliwej wykonana chwili, mogłaby dużo przyczynić się do rozwiązania zagadnienia, jednakowoż trzebaby trafić na chwilę przechodzenia pęcherzy z ujścia moczowodu do pęcherza. Prób w tym kierunku nie brakło; pierwszy Manasse miał sposobność dostrzegać w cystoskopie przypadek bąblowca prawej nerki w okresie wydalania pęcherzy. Samego przechodzenia jednak pęcherzy przez ujście moczowodu nie widział, stwierdził tylko zmiany na ujściu moczowodu, spowodowane przechodzeniem tych tworów; ujście moczowodu było rozszerzone do rozmiarów palca, skurcze tego moczowodu były leniwe i przedłużone. Kiedy następnie drogą operacyjną usunięto bąblowca nerki, ujście moczowodu w krótkim czasie wyglądało prawidłowo.

Badanie promieniami Röntgena nie daje zwykle przy bąblowcu nerki dodatniego wyniku; spotyka się gdzieniegdzie w piśmiennictwie doniesienia o mniej lub więcej udałych radiogramach, lecz tylko przy obecności złogów wapniowych w torebce bąblowca można otrzymać wyraźne obrazy guza, jeżeli zaś zwapnień niema, to obrazy rentgenowskie nie uprawniają do żadnych wniosków.

Leczenie bąblowca nerki może być tylko chirurgiczne. Na samowyleczenie przez odejście pęcherzy z moczem nie można liczyć, a Wagner radzi bardzo ostrożnie oceniać przypadki takiego samowyleczenia, gdyż wiadomo, że chorzy tacy po długich latach zupełnego spokoju i braku objawów chorobowych znowu zaczynają oddawać pęcherze z moczem; pochodzi to stąd, że bąblowiec nerki rozwija się czasem bardzo powoli i znane są przypadki trwania bąblowca ponad 20 lat.

Sprawa chirurgicznego leczenia bąblowca nerki nie jest zupełnie ustalona. Dawniej chętnie nerkę zajętą bąblowcem usuwano doszczętnie (nephrectomia); dzisiaj więcej zwolenników ma metoda wszycia torbieli w powłoki skórne, przecięcia i powolnego usuwania pęcherzy pochodnych aż do zupełnego opróżnienia torbieli i zrośnięcia się jej ścian. Autorowie, którzy są zwolennikami nacięcia i wszywania torbieli, uzasadniają to w ten sposób, że po wycięciu nerki śmiertelność wynosi przeszło 30%, natomiast przy nacięciu torbieli śmiertelności całkiem niema; dalej podnoszą, że ponieważ bąblowiec usadawia się zazwyczaj w miąższu nerki, a następnie rozrasta się odśrodkowo, a nie w kierunku miąższu, więc miąższ nerki bywa zupełnie sprawny i przez wycięcie nerki usuwa się narząd, który mógłby jeszcze dla ustroju być użyteczny. Jest to twierdzenie zupełnie słuszne i w przypadkach, w których badanie czynnościowe nerki, dotkniętej bąblowcem, wykaże dobrą sprawność nerki, najwłaściwszą drogą będzie nacięcie torbieli, przyczem zależnie od stosunków topograficznych i drogi, jaką się do torbieli dostaje, można operować jednoczasowo lub dwuczasowo. Ten sposób operowania musi być zasadniczo stosowany w przypadkach obustronnego zajęcia nerek bąblowcem, które się jednak bardzo rzadko trafiają; zwyczajnie usadawia się bąblowiec w jednej tylko nerce.

Kümmel i Rasumowsky wyłuszczali bąblowca nerki z częściową resekcyą nerki; metoda ta nadaje się w takich przypadkach, w których bąblowiec rozwija się w obrębie jednego z biegunów nerki i nie dochodzi do miedniczki.

Pomimo ujemnych stron, jakie przedstawia doszczętne wycięcie nerki, zabieg ten będzie wskazany tam, gdzie guz jest dużych rozmiarów, a badanie czynnościowe nerek wykaże, że zajęta bąblowcem nerka jest czynnościowo bezwartościowa, przy równoczesnej dobrej czynności drugiej nerki. Jeżeli w takim przypadku okaże się podczas zabiegu operacyjnego, że miąższ nerki jest bardzo uciśnięty i zanikły, wycięcie nerki jest zabiegiem najwłaściwszym. Skraca się przez to czas gojenia, oszczędza choremu kilkomiesięcznego nieraz leczenia i nie pozostawia w ustroju bezwartościowego narządu i zbliznowaciałego worka. Warunkiem jednak nieodzownym dla tego zabiegu jest dobra sprawność czynnościowa drugiej nerki. Ryzyka przy tem niema większego, niż przy każdej zresztą operacyi, gdyż wobec powolnego zwykle wzrostu bąblowca ma druga nerka dosyć czasu na powolne objęcie czynności zastępczej.

Na oddziale urologiczno-chirurgicznym szpitala garnizonowego w Krakowie miałem sposobność spostrzegać przypadek bąblowca prawej nerki, który następnie operowałem, a który w pewnych szczegółach jest bardzo pouczający.

Wasylij M., lat 37, żołnierz rosyjski, pochodzi z gub. Penzeńskiej. Do niewoli wzięty w lipcu 1915 r. pod Łukowem. Przyjęty na oddział urologiczny 23. IX. 1917.

Wywiady: Dziedzicznie nie obciążony; nie przebywał chorób wenerycznych. Obecna choroba rozpoczęła się 27. sierpnia

*) Artykuł z powodu braku miejsca został skrócony.

1917 bólami w prawem podżebrzu; bóle te były z początku nieduże, później powoli coraz częstsze. Ostatnimi czasy bóle te znowu zwolniały, natomiast doznawał chory stałego uczucia ciężkości i gniecenia w prawem podżebrzu. Dolegliwości moczowych niema, krwi w moczu chory nigdy nie zauważył. Chory twierdzi, że od wystąpienia bólów znacznie wychudł, pomimo, że sen i apetyt są dobre.

Po wzięciu do niewoli odesłano chorego natychmiast do Iwangrodu do obozu jeńców »Irena« i przydzielono do pracy przy kuchni. Pomimo, że pożywienie żołnierzy było dostateczne i według przepisów dostarczane, zauważył chory, że żołnierze gotowali sobie mięso psie i kocie, przyrządzając je w różny sposób. Mięso psie spożywał chory niejednokrotnie. Chory nie może podać, czy który inny uczestnik owych uczt chorował wśród podobnych objawów. U siebie w domu chory nigdy psa nie chował, również nie było psa w domu jego rodziców i wogóle nie był nigdy dawniej w bliższej styczności z psem.

Badanie przedmiotowe: Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze odżywiony, silnie zbudowany. Serce i płuca zdrowe. Oglądaniem stwierdza się z pod prawego łuku żebrowego wychodzące wypuklenie powłok brzusznych. Przy oddychaniu obniża się to wypuklenie ku dołowi i wyraźnie widać, że leżący pod powłokami guz wykonuje ruchy, równoczesne z przeponą. Obmacaniem stwierdza się guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z pod prawego podżebrza; guz ten jest twardy, a powierzchnia jego jest nierówna; ku dołowi sięga guz do linii pępkowej, a na wewnątrz do linii środkowej ciała. Badaniem dwuręcznem stwierdza się wielką ruchomość guza. Przez ucisk ręką na prawą okolicę lędźwiową daje się guz z łatwością przesunąć ku przodowi brzucha; gdy ręka od powłok brzusznych uciska na guz, występuje wyraźne wypuklenie w okolicy lędźwiowej prawej. W miejscu, gdzie linia pachowa przednia przecina guz, daje się stwierdzić wyraźne chełbotanie. Zresztą badanie brzucha z wynikiem ujemnym.

Badanie moczu: Barwa słomkowo żółta, oddziaływanie słabo kwaśne, ciężar gatunkowy 1·014, śladzik białka, cukru i kwasu acetooctowego niema, urobilinogen prawidłowy, barwików żółciowych niema, chlorki prawidłowe. Osad: nieliczne wałeczki drobnoziarniste, nieliczne ciałka czerwone krwi wyługowane, bardzo nieliczne leukocyty i komórki nabłonka płaskiego.

Odczyn Wassermanna ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie prawej nerki nie wykazuje nic szczególnego.

Cystoskopia: Wypełnienie pęcherza 200 cm³. Błona śluzowa pęcherza przedstawia się wszędzie prawidłowo. Ujścia obu moczowodów nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Wstrzyknięty indygokarmin wydziela się z lewej nerki po sześciu minutach bardzo obficie i często; nerka ta pracuje ciągle bardzo wydatnie. Nerka prawa nie wydziela barwika nawet po dwudziestu minutach, a ujście prawego moczowodu wykonuje bardzo nieznaczne i rzadko występujące ruchy.

W przeciągu 45-dniowego spostrzegania na oddziale stwierdzono, że guz w ciągu tego czasu nie powiększył się. Chory nigdy nie gorączkował, miał dobry apetyt i sen. Ubytek wagi ciała i bladość powłok w czasie tego spostrzegania nieznacznie postąpiły.

Rozpoznanie brzmiało: Cystis renis dextri probabiliter echinococcus renis.

Dnia 22. III. 1918 r. wykonałem operacyę. Uśpienie eterowe, po poprzedniem wstrzyknięciu 1 centygrama morfiny. Cięcie lędźwiowe skośne, długości 25 cm. Po przecięciu mięśni i tępem odpreparowaniu tkanki pozanerkowej wyłonił się guz torbielowaty, wychodzący z prawej nerki, wielkości głowy dziecka. Topograficznie leżała nerka w prawidłowem położeniu, a guz rozrastał się ku górze, ku przodowi i ku dołowi od wnęki. Sama nerka przedstawiała się rozciągnięta i bardzo spłaszczona, niejako rozpostarta na guzie. Guz wyłuszczyłem na tępo z łatwością, podwiązując tylko nieliczne zrosty na górnym biegunie. Naczynia krwionośne wnęki okazały się bardzo zcieńczałe, moczowód był prawidłowych rozmiarów; po osobnem podwiązaniu tętnicy, żyły i moczowodu, usunąłem guz. Powłoki zeszyłem warstwami z pozostawieniem grubego drenu.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Stopa moczenia wynosiła na drugi dzień po operacyi 1050 cm³ moczu i dosięgła w szóstym dniu po operacyi 2350 cm³. Mocz miał skład prawidłowy. Ciepłota ciała podniosła się na drugi dzień po operacyi do 37·6° C, następnie opadła i nie przekroczyła już nigdy 36·7° C. Również i tętno zachowywało się przez cały czas prawidłowo. Po 5 dniach usunąłem dren, a po 10 dniach wszystkie szwy. Rana zagoiła się doraźnie a 12. dnia chory zaczął chodzić. Badanie chorego, wykonane po 3 tygodniach od operacyi, wykazało znaczny przyrost na wadze ciała, znakomite wyglądanie i brak wszelkich dolegliwości.

Badanie anatomiczne i mikroskopowe wyciętej nerki (Prof. Dr Gliński) wykazało, co następuje: Guz długości 17 cm, szerokości 13 cm, wysokości 11 cm. W górnej i po prawej stronie guza zauważa się silnie rozciągniętą powiększoną nerkę, której miąższ bez wyraźnej granicy przechodzi w torbiel wielkości głowy dziecka, o ścianach miejscami przeświecających. Po nacięciu torbieli wydobywają się z niej liczne pęcherze bąblowca. Na tylnej ścianie guza znajduje się wnęka nerki; wnęka ta jest również odpowiednio do kształtów nerki rozciągnięta, zawiera znaczną ilość tkanki tłuszczowej; miedniczka nierozszerzona, jej błona śluzowa nielicznemi wybroczynkami tu i ówdzie upstrzona, zresztą blada. Kieliszki nerkowe odpowiednio do wydłużenia nerki porozciągane. Od miedniczki odchodzący moczowód i biegnący po tylnej ścianie guza jest zupełnie dobrze drożny.

Przy badaniu mikroskopowem wycinka z pogranicza nerki i bąblowca stwierdzono: Bąblowiec jest od zewnątrz otoczony przez zbitą tkankę włóknistą, wśród której tylko gdzieniegdzie zauważa się drobne gniazdka drobnych komórek okrągłych, obok tego zaś w warstwach głębszych bardzo nieliczne, ku obwodowi coraz liczniejsze, wyraźnie rozpłaszczone cewki nerkowe, zapełnione wałeczkami szklistymi. Ku obwodowi ilość tkanki łącznej coraz bardziej się zmniejsza, przybywa coraz więcej cewek nerkowych wypełnionych wałeczkami, aż w końcu ta włóknista otoczka bąblowca bez wyraźnej granicy przechodzi w sąsiedni włóknisto niezmieniony miąższ nerki; lecz i w tej części jeszcze w odległości około 1 cm od bąblowca wyraźne są ślady ugniecenia miąższu nerkowego.

W przypadku powyższym pouczające są przedewszystkiem niektóre szczegóły we wywiadach. I tak z niejaką ścisłością możemy przyjąć, że termin dwu lat był przeciągiem czasu, wśród którego bąblowiec tak się rozwinął, iż zaczął choremu sprawiać dolegliwości i stał się dostępny badaniu; czyli, że potrzeba było dwu lat, ażeby bąblowiec z jaja, usadowionego w nerce, rozwinął się w guz wielkości głowy dziecka. Zakażenie jajami bąblowca nastąpiło niewątpliwie w r. 1915, kiedy chory spożywał mięso psie, gdyż szczegółowe wywiady wykazały, że przedtem nigdy żadnej styczności z psami nie miał. Także i sposób zakażenia przez jedzenie psiego mięsa jest niezwykły. Ponieważ tasiemiec bąblowcowy zamieszkuje przewód pokarmowy psa, należy przyjąć, że przy usuwaniu trzew z psa nastąpiło u chorego zawalanie rąk treścią przewodu pokarmowego, a następnie z rąk dostały się jaja tasiemca do ust i żołądka chorego, albo też treścią przewodu pokarmowego psa zostało zawalane mięso, a jaja, przez niedostateczne gotowanie nie zabite, zostały w stanie zdolnym do rozwoju spożyte.

I w moim przypadku, jak to zresztą naogół wszyscy stwierdzają, nie ucierpiał stan odżywienia chorego, pomimo długiego trwania choroby i wielkości guza. Wprawdzie chory utrzymywał, że miał wychudnąć, lecz przedmiotowe badanie stwierdziło dobrze utrzymaną podściółkę tłuszczową. Dolegliwości podmiotowe nie miały w sobie nic znamiennego; były to objawy ucisku ze strony dużego guza na narządy jamy brzusznej. Badanie fizyczne dozwalało w tym przypadku na pewno rozpoznawać torbiel, przynależną do prawej nerki; naprzód usadowienie guza odpowiadało nerce, dalej badanie dwuręczne dozwalało swobodnie przesuwać guz ku okolicy lędźwiowej, a przy ucisku na okolicę lędźwiową ku przodowi; za torbielą przemawiało wyraźne chełbotanie. Ten szczegół, że w moczu nie było barwików żółciowych, dowodził, że guz nie pochodził z wątroby.

Szczególnie cennych szczegółów dostarczyła cystoskopia. W pierwszym rzędzie dowiodła ona, że prawa nerka nie tylko na barwik nie oddziałała, ale że ona wogóle bardzo mało wydziela; w drugim rzędzie dowiodła cystoskopia, że lewa nerka rozpoczęła po 6 minutach bardzo obficie wydzielać indygo-karmin i że porcye wydzielanego moczu były bardzo obfite i często po sobie następowały. Z badania tego można było wysnuć wniosek, że prawa nerka zawiesiła swoją czynność, a lewa spotęgowała swoją czynność zastępczo.

Znalezione w moczu białko i wałeczki pochodziły z prawej nerki, a potwierdzał to przypuszczenie fakt, że w kilka dni po operacyi badany mocz nie zawierał ani białka ani wałeczków.

Zdjęcie radiograficzne było zupełnie ujemne.

Jak to najczęściej przy bąblowcu nerki bywa, tak i w tym przypadku nie można się było posunąć poza rozpoznanie torbieli nerki; bąblowca można było tylko przypuszczać. To tylko było pewne, że prawa nerka była bardzo uszkodzona i prawie utraciła czynność wydzielniczą, a nerka lewa okazywała cechy

wzmożonej czynności. Te szczegóły skłoniły mnie do wykonania wycięcia nerki, która, bez względu na sprawę chorobową w niej się toczącą, stała się dla ustroju pod względem czynnościowym bezwartościową.

Przebieg pooperacyjny i badanie anatomiczne i drobnowidowe wyciętej nerki potwierdziły moje przypuszczenia. Stopa moczenia była od pierwszej doby pooperacyjnej duża, a skład moczu prawidłowy. Badanie drobnowidowe miąższu nerki stwierdziło cechy zmian uciskowych, a tylko cienki pasek miąższu na samym obwodzie nerki przedstawiał się prawidłowo.

Piśmiennictwo. 1) Wagner: w Handb. d. Urologie. Frisch u. Zuckerkandl. Wien, 1905. — 2) Casper: Lehrbuch d. Urologie. Berlin—Wien, 1903. 3) — Rotschild, A: Lehrbuch d. Urologie. Leipzig, 1911. — 4) Wagner: Centr. f. d. Kr. d. Harn. u Sex. Bd. V. 1894. — 5) Manasse, L.: Tamże. Bd. IX. 1898. — 6) Baradulin: Monatsber. f. Urol. Bd. XI. — 7) Knie, A.: St. Petersb. m. W. 1888. — 8) Fairbank: Lancet. 1890. — 9) Zimmermann, A.: W. kl. W. 1904. Nr. 2. — 10) Bogoliubow, A.: Russ. Arch. f. Chir. Bd. 13. — 11) Balás, D.: D. m. W. 1908. Nr. 30. — 12) Alhaique: La Clinica chir. 1912. — 13) Treuberg: St. Petersb. m. W. 1896. — 14) Lewkowicz: Klin. ther. W. 1898. — 15) Serapin: Med. obozr. 1898. — 16) Stein, C.: W. kl. W. 1900.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe d. 8 marca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 38.

I. Prof. Rencki przedstawia i omawia:

1) Dwa przypadki **obrzęku śluzowatego** (myxoedema adultorum).

a) A. R. l. 38. 6 porodów, ostatnie 4 ze znacznym krwotokiem, ostatnie 2 dzieci nie karmiła — od 4 lat nie miesiączkuje. Od 2 lat osłabienie, apatya, obrzęk na twarzy i kończynach. Typowe zmiany na skórze, troficzne zmiany na włosach i paznokciach, gruczoł tarczowy nie wybadalny, apatya, senność, zupełne otępienie, od czasu do czasu omamy i gwałtowne podniecenie. Krew: c. cz. 4·25 mil. c. b. 6700, hgb 50%, n. 30·75% l. m. 40·05%, m. 6·15%, eoz. **20·10%**, t. 2·85%; mocz bez białka; po podaniu 120 gr cukru gronowego i równoczesnem wstrzyknięciu 1·50 adrenaliny nie pojawił się cukier w moczu.

b) R. R. l. 45. 2 porody, ostatni przed 15 laty, od 2 lat nie miesiączkuje, od $1^1/_2$ roku osłabienie ogólne, bóle i obrzęk na twarzy i kończynach. Przypadek typowy: krew: c. cz. 4·45 m., c. b. 7600, hgb 75%, n. 50·5%, l. 36·5, m. 7·25%, eoz. 5·25%, t. 0·5%. Kilkutygodniowe podawanie chorej pastylek gruczołu tarczowego odniosło bardzo dobry wynik.

W dyskusyi zwraca kol. Demianowski uwagę na zaburzenia umysłowe przy obrzęku śluzowatym. Dadzą się one podzielić na dwie kategorye: jedne, są to stany psychiczne, towarzyszące sprawie obrzęku w każdym prawie przypadku, a niekwalifikujące się jeszcze pod nazwę choroby umysłowej, tak zwanej przez Pilcza »myxoedematöser Geisteszustand«, oraz występujące rzadziej, tylko w pewnym odsetku cierpienia, mające już charakter choroby umysłowej. Co się tyczy pierwszych, to charakteryzują się one zwolnieniem i utrudnieniem procesów psychicznych i psychomotorycznych przy zachowanej świadomości (zewnętrzne podobieństwo do zadumy). Uwaga mimowolna wybitnie zaburzona, natomiast dowolna dobra. Ogólne zwolnienie procesów psychicznych nie w równej mierze odnosi się do całej psychiki, ale dotyczy prawie wyłącznie elementu odśrodkowego, a więc walki motywów, powzięcia zamiaru, a najwięcej przemiany zamiaru w czyn. Pierwiastek uczuciowy odpowiada zupełnie sytuacyi. Często niezadowolenie z otoczenia, zrzędność

i drażliwość. Drugie, t. j. choroby umysłowe, trafiają się w 15% przypadków i nie charakteryzują się jednolitym obrazem. Wagner dzieli je na cztery obrazy kliniczne: 1) zaostrzenie tylko i powiększenie objawów, opisanych powyżej, które wikłają się powstawaniem urojeń prześladowczych; ostatecznie otępienie; 2) stan, gdzie omamy przeważają, zawsze jednak o charakterze prześladowczym (brak jednak systemu); 3) obraz maniakalny (impulzywność); 4) obraz melancholiczny.

2) Następnie przedstawia kol. Rencki przypadek **choroby Addisona na tle kiły nadnercza,** wywołującej obniżenie czynności układu chromochłonnego.

P. B. l. 40, wdowa, przyjęta do szpitala 9. XI. 1917; nie rodziła, nie roniła; miesiączkowała dawniej prawidłowo; przed $2^1/_2$ r. przebyła cholerę, a przed 2 laty dur brzuszny; przebycie kiły przeczy. Od kilku miesięcy osłabienie, od 4 miesięcy nie miesiączkuje, wychudła, poczerniała, a od $1^1/_2$ miesiąca leży, podnieść się nie może, popada w omdlenie, doznaje bolów głowy i w krzyżach; brak zupełny łaknienia; stolec regularny. Stan bezgorączkowy, chora o własnych siłach w łóżku obracać się nie może, musi być stale przez służbę karmiona. Wybitne typowe zabarwienie skóry, rozległe plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ustnej i języku; lekkie przytłumienie w szczytach, obniżenie i mniejsza ruchomość dolnych granic płuc, szmery pęcherzykowe. Stłumienie sercowe do linii sutkowej, nad końcem serca i nad tętnicą główną skurczowy podmuch, II ton nad t. główną lekko zaostrzony, tętno 84, bardzo małe, miękkie, choć ściana tętnicy sprychowej jest nieco twardsza. R. R. 65—70. Wątroba, śledziona nie powiększone, na kończynach niema obrzęków. Odruchy kolanowe prawidłowe. Niedokształt narządów płciowych. Mocz bez białka, chlorki prawidłowe, odczyn dwuazowy ujemny. Krew: c. cz. 1870000, c. b. 9000, hgb. 25%, n. 69·5%, l. 22%, m. 4%, eoz. 5·5%. Odczyn Wassermanna dodatni (++++). Badanie promieniami Roentgena wykazuje lekkie ściemnienie szczytów płucnych, wymiar poprzeczny serca w kierunku lewym o 1·5 cm większy; cień tętnicy głównej wybitniej występuje. Po 3-miesięcznym pobycie w szpitalu wśród leczenia przeciwkiłowego (44 wcierania szaruchy po 3 gr i 6 wstrzyknięć neosalwarsanu łącznie 2·1 gr.) znakomita poprawa; stan sił chorej dobry, ustąpiły doszczętnie plamy barwikowe na błonie śluzowej jamy ustnej i język aoraz ciemne zabarwienie skóry; tętno dość dobrze napięte 72—80, R. R. 125—130, a krew: c. cz 3690000, c. b. 7400, hgb. 50%, n. 58·5%, l. 26%, m. 10%, eoz. 5·5%. 8 marca 1918 po podaniu chorej 100 gr cukru gronowego i równoczesnem wstrzyknięciu 0·5 gr adrenaliny nie wykazano w moczu obecności cukru.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Towarzystwo higieniczne urządza w d. 21—23 września w Warszawie Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi. Prezesem komitetu Zjazdu jest Dr. J. Polak.

Redakcya otrzymała: Janowski: 1) Nerwobole w ścianie brzusznej. 2) Uproszczony sposób oryentowania się w szybkośc tętna. 3) O rzadkich umiejscowieniach gośćca. 4) W sprawie stosowania związków jodowych. (Odb. z »Polskiego Miesięcznika ek.« Kijów 1917).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1918. sierpień.

W zeszycie sierpniowym »Kursów« znajdują się następujące rozprawy: 1) Dr Haudeka: Rewizya metodyki rentgenologicznej oceny wielkości serca. 2) Dr Georgens: Oznaczenie położenia ciał obcych zapomocą środków operacyjnych. 3) Prof. Strauss: Niedożywianie jako czynnik leczniczy. 4) Prof. Determann: Odżywienie wojenne a zdrowie. 5) Dr Schanz: Biologiczny wpływ światła. 6) Prof. Glax: Przegląd postępów klimato-balneo- i hydroterapii w r. 1917.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1918.

Gazeta lekarska Nr 30—33: Korybut-Daszkiewicz: 1) Patoloogia nowoczesna zapalenia nerek (30). 2) Rzut oka na dyetetykę nowoczesną w zapaleniu nerek (31). — Gutowski: Przypadek anomalii serca o 2 zastawkach aorty i 4 tętnicach wieńcowych (31). — Pańczyszyn: Podłoże anatomiczne t. zw. rysunku wnękowego płuc w obrazie rentgenowskim (32). — Szokalski: Aglutynacya grupowa w przebiegu duru brzusznego, czerwonki i duru plamistego (32—33). — Karwacki i Podolski: Odczyn śródskórny w tyfusie plamistym z domniemanym zarazkiem swoistym ze wszy (33). — Sterling-Okuniewski: W sprawie zimnicy (33).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr. 28—32: Janiszewski: Uwagi w sprawie reformy studyów lekarskich i szkolnictwa polskiego (28—29). — Okuszko: Wysypka płonicowata zakaźna: Exanthema scarlatinoforme infectiosum. Rubeola scarlatinosa (?) Filatow. Choroba czwarta (Dukes) (29—30). — Stefan Sterling-Okuniewski: Przyczynek do bakteryologii duru powrotnego (30). — Kucharzewski: Pięć przypadków włośnicy z zejściem śmiertelnem (31—32). — Biro: O szczególnych postaciach choroby gorączkowej (31—32).

Zdrowie Z. 8. Bujakowski: Działalność Wydziału balneoklimatologicznego T. W. H. — Adamski: Mieszkania suterenowe.

Kronika dentystyczna Nr 6: Krakowski: Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów. (dok.) — Nr 7: Trzcińska: Nowojodyna w dentystyce.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.